



D&D SPORTS MED
DENTON • SANGER • AUBREY

D&D Sports Med		
Informacion General del Paciente		
___ Denton	___ Sanger	___ Aubrey

Informacion General del Paciente

Nombre: (Primero)	(Apellido)	Número de seguro social:	
Fecha de nacimiento:		Direccion:	
Número de teléfono: (casa)		Ciudad:	Estado: Zip:
Número de teléfono del trabajo:		Número Celular:	
Sexo:	Masculino Femeina	Es Usted: Soltero/a Casado/a Otro: _____	

La Persona de Responsabilidad con la Compañía de Seguros

Relacion con el paciente:	Número de seguro social :		
Nobre: (Primero) (Apellido)		Fecha de nacimiento:	
Direccion:		Ciudad:	Estado: Zip:
Número de teléfono:		Número de teléfono del trabajo:	
Sexo:	Masculino Femenino	Es Usted: Soltero/a Casado/a Otro: _____	

Informacion del trabajo del Paciente	Informacion del trabajo de la persona de responsabilidad
---	---

Nobre de su trabajo:	Nombre del trabajo:
Direccion de su trababjo:	Direccion del trababjo:
Ciudad: Estado: Zip:	Ciudad: Estado: Zip:

Informacion de la Lesion

La fecha de la lesion:	La descripción de la Lesion/¿ como lo ocurrio?:
La lesion ocurrio: en trabajo / accidente de tráfico	
Otra: _____	

Información de Contacto de Emergencia

Contacto de Emergencia:	Numero de Telefono:
Relación con el Paciente:	

Firma del Paciente

Certifico que toda la información es verdad.	
Firma del Paciente:	Fecha:



D&D Sports Med FORMA MEDICA de HISTORIA

D&D SPORTS MED
DENTON • SANGER • AUBREY

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA ACTUAL: _____

¿ACTUALMENTE TRABAJA? SI _____ NO _____ La FECHA DE la LESION: _____

¿ A EXPERIMENTADO ESTOS SINTOMAS ANTES? SI _____ NO _____

INDIQUE COMO SUFRIÓ ESTA LASTIMADURA:

- | | |
|---------------------------------|--|
| _____ EN ELTRABAJO | _____ La REAPARICION DE UNA LASTIMADURA PREVIA |
| _____ CAUSA DESCONOCIDA | _____ RELACIONADA POR LEVANTAR COSAS |
| _____ ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO | _____ OTRO |
| _____ DEPORTES/RECREACION | |

¿HA TENIDO CIRUGIA RELACIONADA CON ESTA LESION? SI _____ NO _____
SI CONTESTO SI QUE TIPO DE CIRUGIA: _____ FECHA De La CIRUGIA: _____

¿TIENE O A TENIDO ALGUNA TERAPIA FISICA, la TERAPIA OCUPACIONAL, O el CUIDADO de la QUIROPRACTICA DESDE QUE EL PRINCIPIO DE ESTE AÑO? SI _____ NO _____

TIENE, O A TENIDO ALGUNAS/ DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

- | | | | |
|-------------------------|-------------------|---|-------------------|
| DIABETES | SI _____ NO _____ | ALERGIA A LA SPRINA | SI _____ NO _____ |
| DOLOR de PECHO/ ANGUINA | SI _____ NO _____ | ALERGIA AL CALOR | SI _____ NO _____ |
| ALTA PRESION | SI _____ NO _____ | ALERGIA AL FRIO | SI _____ NO _____ |
| ENFERMEDAD CARDIACA | SI _____ NO _____ | POCO TOLERANCIA AL FRIO | SI _____ NO _____ |
| INFARTO | SI _____ NO _____ | OTRAS ALERGIAS: _____ | SI _____ NO _____ |
| PALPITACION DEL CORAZON | SI _____ NO _____ | HERNIA | SI _____ NO _____ |
| MARCA PASO | SI _____ NO _____ | ATAQUE CARDIO VASCULAR | SI _____ NO _____ |
| DOLORES De CABEZA | SI _____ NO _____ | IMPLANTES DE METAL | SI _____ NO _____ |
| PROBLEMAS de RIÑON | SI _____ NO _____ | MAREOS O DESMAYOS | SI _____ NO _____ |
| CANCER: _____ | SI _____ NO _____ | FRACTURA RECIENTE | SI _____ NO _____ |
| PROBLEMAS EN LA VAJIGA | SI _____ NO _____ | ANORMALIDADES De EL PIEL | SI _____ NO _____ |
| ASTMA | SI _____ NO _____ | DISFUNCION SEXUAL | SI _____ NO _____ |
| ¿FUMA USTED? | SI _____ NO _____ | NAUSEA/VOMITO | SI _____ NO _____ |
| RINGING IN YOUR EARS | SI _____ NO _____ | ¿ESTA USTED EMBARAZADA? | SI _____ NO _____ |
| DIETA ESPECIAL | SI _____ NO _____ | ARTRITIS | SI _____ NO _____ |
| ENFERMEDAD VASCULAR | SI _____ NO _____ | PROBLEMAS DE LA TIROIDE | SI _____ NO _____ |
| OSTEOPOROSIS | SI _____ NO _____ | DEPRESION | SI _____ NO _____ |
| ANSIEDAD | SI _____ NO _____ | PROBLEMAS DE IRRITACION EN EL HIGADO O EN LA VEJIGA | SI _____ NO _____ |

SI USTED CONTESTO QUE SI A UNA O UNAS POR FAVOR EXPLIQUE Y DE FECHAS APROXIMADAS:

¿USTED PARTICIPA EN ALGUN DEPORTE, PROGRAMAS de EJERCICIOS, O OTRA ACTIVIDADES REGULARMENTE? SI ___ NO _____ SI CONTESTO SI, EXPLICA POR FAVOR: _____

AYE ALGUNA OTRA INFORMACION CON RESPECTO A SU HISTORIAL MEDICO QUE DEBEMOS SABER? _____

¿ACTUALMENTE TOMA USTED MEDICINA? SI _____ NO _____ POR FAVOR LISTE Y ESPESIFICE la CONDICIONES. _____



D&D SPORTS MED
DENTON • SANGER • AUBREY

D&D Sports Med

**FORMA DE CONSENTIMIENTO DE LA
INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

He leído y entendido plenamente el Informe sobre el Uso de la Información. Entiendo que *D&D Sports Med* puede usar o revelar mi información de salud personal para propósitos como llevar a cabo tratamiento, obtener pago, evaluar la calidad de los servicios provistos y alguna operación administrativa relacionada con el tratamiento o pago. Entiendo que tengo el derecho de restringir el uso y revelación de mi información de salud personal para tratamiento, pago y operaciones administrativas si requiero de intervención. También entiendo que *D&D Sports Med* considerará solicitudes de restricción caso por caso, pero no tiene que estar de acuerdo con las solicitudes de restricción.

Por este medio acepto el uso y revelación de la información de mi salud personal para los propósitos citados en el Informe de Uso de Información de *D&D Sports Med*. Entiendo que conservo el derecho de revocar este consentimiento notificándolo por escrito en cualquier momento.

Nombre del Paciente

Firma

Fecha

I hereby consent to the release of personal health information (verbal or written) regarding my treatment and/or account information for services rendered at D&D Sports Med to the following individual(s):

Person's Name

Relationship to you

Person's Name

Relationship to you

Person's Name

Relationship to you

My signature

Today's Date



D&D Sports Med Financial Policy

D&D SPORTS MED
DENTON • SANGER • AUBREY

Thank you for choosing D&D Sports Med as your Physical/Occupational Therapy provider. We are committed to providing the best possible care for you. In order to achieve this goal, we need your assistance in understanding our payment policy. Please understand that payment of your bill is considered part of your treatment. The following is a statement of our Financial Policy. Please read and sign prior to your treatment.

Payment for services is due prior to or upon completion of each treatment visit. We accept CASH, MASTERCARD, VISA, AMERICAN EXPRESS, or PERSONAL CHECKS. Once your complete insurance information is on file, we will happy to submit your claims to your insurance company. _____ INITIALS

REGARDING PRIVATE INSURANCE:

We will gladly discuss your proposed treatment and answer any questions relating to your insurance. You must realize, however, that your insurance is a contract between you, your employer, and the insurance company. We are not party to that contract. We must emphasize that as your provider, our relationship is with you, and not your insurance company. While the filing of insurance claims is a courtesy we extend to our patients, all charges are your responsibility from the date of services rendered.

It is our policy to call and verify benefits and eligibility to estimate your payment portion. However, there is no guarantee from the insurance company of their payment amount. We may not know the exact amount due until the claim has been processed. At this point, there may be more due on your account. In this event, we will mail you a statement, and appreciate your prompt payment.

Regarding insurance plans where we are a participating provider, we will take the contracted rate assigned by the insurance company and make the proper adjustments to your claim. _____ INITIALS

NON-COVERED EXPENSES:

Our practice is committed to providing the best treatment for our patients and we charge what is usual and customary for our area. You may be responsible for payment of charges denied due to the insurance company's arbitrary determination of usual and customary rates. There may also be charges that your insurance does not cover due to limitations of your policy, or what they consider reasonable and necessary. It is your responsibility to know what the policy limitations are. Our goal is to improve your condition successfully based on what the doctor deems reasonable and necessary treatment, and not on what your policy limitations are. Therefore, unless you alert us prior to treatment, you will be financially responsible for non-covered expenses. _____ INITIALS

MISSED APPOINTMENTS

Please notify us within 24 hours in advance to cancel your appointment. It is our policy to reschedule any cancelled appointments at the time of your call. Attending your scheduled appointments is crucial to successful treatment and recovery from your injury. _____ INITIALS

INFORMATION

I give permission to D&D Sports Med to release information, verbal and written, from my medical record to my physician, insurance company, rehab nurse, case manager, attorney, employer, school, related health-care provider, or other assignees as it relates to my treatment. I further authorize D&D Sports Med to obtain medical records from my physician or other medical professionals as it relates to my treatment. _____ INITIALS

Thank you for understanding our Financial Policy. Please let us know if you have questions or concerns.

I have read, understand, and agree to this Financial Policy. I am also aware of, and understand my policy benefits for treatment.

Patient's Signature

Parent/Guardian Signature

Witness' Signature

Date of signatures